

**NASCIDOS VIVOS EM 2015: UM REFLEXO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA****BORN ALIVE IN 2015: A REFLECTION OF PRIMARY CARE****NACIDOS VIVOS EN 2015: UNA REFLEXIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA***Janaina de Almeida e Silva¹, Gabriela Tobias Camargo², Anna Maria de Moraes Amorim³***RESUMO**

Objetivo: analisar o perfil dos nascidos vivos no contexto da assistência pré-natal. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, acerca dos nascidos vivos no ano de 2015, no qual se coletaram dados secundários disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde. Analisaram-se dados sociodemográficos da mãe e relacionados à gravidez, ao local de ocorrência do nascimento e dados referentes ao bebê pós-nascimento. Apresentaram-se os resultados em forma de tabelas e figuras. **Resultados:** registrou-se que, no ano de 2015, houve 100.672 nascidos vivos em Goiás e que a maioria dos nascimentos apresentou as seguintes características: parto cesáreo (67,5%); sexo masculino (51,2%); raça/cor parda (58,2%); peso ao nascer entre 3000 e 3999 gramas (63%); sem presença de anomalias no nascimento (90%) e índice de Apgar no 1º e 5º minutos entre oito e dez, com 87,2% e 90%, respectivamente. **Conclusão:** aponta-se que os dados em Goiás foram semelhantes aos de outros Estados do Brasil. Avalia-se que a assistência pré-natal tem o propósito de atingir todas as classes e lugares, mas ainda se evidenciam as desigualdades entre as regiões do país, sendo necessária uma maior atenção a este público vulnerável. **Descritores:** Pré-Natal; Nascidos Vivos; Atenção Primária à Saúde; Cesáreo; Cuidado Pré-Natal; Período Pós-Parto.

ABSTRACT

Objective: to analyze the profile of live births in the context of prenatal care. **Method:** this is a quantitative, descriptive study about live births in the year 2015, in which secondary data were collected from the Department of Informatics of the Health System of the Ministry of Health. Sociodemographic data of the mother and related to pregnancy, place of birth and data on the postnatal baby. Results were presented in the form of tables and figures. **Results:** it was recorded that, in 2015, there were 100,672 live births in Goiás and that the majority of births had the following characteristics: cesarean delivery (67.5%); male sex (51.2%); race / brown color (58.2%); birth weight between 3000 and 3999 grams (63%); with no abnormalities at birth (90%) and Apgar score at 1 and 5 minutes between 8 and 10, with 87.2% and 90%, respectively. **Conclusion:** it is pointed out that the data in Goiás were similar to those in other Brazilian States. It is assessed that prenatal care is intended to reach all classes and places, but inequalities between the regions of the country are still evident, and more attention is needed to this vulnerable public. **Descriptors:** Prenatal; Live Births; Primary Health Care; C-section; Prenatal care; Postpartum Period.

RESUMEN

Objetivo: analizar el perfil de los nacidos vivos, en el contexto de la asistencia prenatal. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, acerca de los nacidos vivos en el año 2015, en el cual se recolectó datos secundarios disponibles en el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud del Ministerio de Salud. Se analizaron datos sociodemográficos de la madre y relacionados con el embarazo, el lugar de nacimiento y los datos relativos al bebé post-nacimiento. Se presentaron los resultados en forma de tablas y figuras. **Resultados:** se registró que en el año 2015 hubo 100.672 nacidos vivos en Goiás y que la mayoría de los nacimientos presentó las siguientes características: parto cesáreo (67,5%); sexo masculino (51,2%); raza / color parda (58,2%); peso al nacer entre 3000 y 3999 gramos (63%); sin presencia de anomalías en el nacimiento (90%); y el índice de Apgar en el 1º y 5º minutos entre 8 y 10, con el 87,2% y el 90%, respectivamente. **Conclusión:** se apunta que los datos en Goiás fueron similares a los otros Estados de Brasil. Se estima que la asistencia prenatal tiene el propósito de alcanzar todas las clases y lugares, pero aún se evidencian las desigualdades entre las regiones del país, siendo necesaria una mayor atención a este público vulnerable. **Descritores:** Prenatal; Nascidos Vivos; Atención Primaria la Salud; Cesario; Cuidado Prenatal; Período Post-Parto.

¹Especialista, Escola Estadual de Saúde Pública Candido Santiago de Goiás/ESAP. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: janaina.almeidasil@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5021-8874>; ²Mestra, Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: gabicamargo22@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0607-4687>; ³Enfermeira, Universidade Paulista/UNIP. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: annamariaamorim@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7145-9036>

INTRODUÇÃO

Foca-se a Atenção Primária à Saúde (APS) nos nascidos vivos, na atenção pré-natal e puerperal, acolhendo a mulher do início ao final da sua gestação e assegurando a garantia do bem-estar materno e neonatal.¹

Enfatiza-se que a expansão da atenção primária, no Brasil, ocorreu em larga escala por meio da implantação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), intituladas posteriormente como Estratégia Saúde da Família (ESF). Pontua-se que os princípios da ESF regem a promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e a manutenção da saúde da comunidade, sendo que cada unidade representa uma parte da população, para que se consiga atender a todos.²

Considera-se que, em relação aos nascidos vivos, todos os princípios que regem a ESF se enquadram dentro do que a mulher necessita na gestação, no parto e no puerpério. Aponta-se que a promoção da saúde da mãe e do seu bebê deve incluir todas as prevenções ligadas, sabendo identificar, desde a primeira atenção e o primeiro contato, até as possíveis complicações neste período, classificando a gravidez como de baixo ou alto risco.³

Aplicou-se, buscando uma atenção maior voltada à mulher na gestação, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, tendo como princípios: toda gestante tem direito ao acesso a um atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; a paciente tem o direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto, bem como o direito à assistência ao parto e ao puerpério realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidos na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.²

Estabeleceram-se, ainda, os direitos e deveres para a gestante e o bebê, com destaque para o dever de iniciar o pré-natal até a 12ª semana de gestação e que se garanta a realização de, no mínimo, seis consultas pré-natais, uma consulta no puerpério, exames laboratoriais, teste de HIV, aplicação da vacina antitetânica, atividades educativas, classificação de risco gestacional e um atendimento específico às gestantes com risco potencial de morbimortalidade, garantindo o vínculo e o acesso à unidade de referência para o atendimento ambulatorial e/ou hospitalar.²

Considera-se de extrema importância, neste momento inicial da descoberta da gravidez, que a mulher seja acolhida por um

atendimento especializado, por meio da assistência primária à saúde disponível na rede pública de saúde. Criou-se, assim, a Rede Cegonha, pelo Ministério da Saúde, com o intuito de fornecer a assistência humanizada às mulheres e às crianças, do pré-natal ao pós-parto, garantindo o acesso e o acolhimento nos serviços de saúde, visando à redução da mortalidade materna e neonatal.²

Observa-se que a qualidade da assistência pré-natal oferecida contribui diretamente para a diminuição da mortalidade materna e infantil, verificando-se, pelos registros do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), alguns problemas obstétricos que seriam evitáveis caso a promoção à saúde tivesse mais abrangência e alcançasse toda a população.⁴ Sugere-se que a promoção da educação em saúde deve ser realizada durante todo o período da gravidez e no pós-parto. Identifica-se o enfermeiro como o profissional à frente da atenção primária, atuando em áreas estratégicas, em grupos de educação, promoção e prevenção da saúde, buscando a humanização e a confiança de seus pacientes, o que possibilita um contato maior não só com a mulher, mas com toda a família.⁵

Permite-se, neste contexto, por meio da identificação do perfil dos nascidos vivos residentes em Goiás, a obtenção de dados e informações para auxiliar o desenvolvimento de políticas públicas mais voltadas para a realidade, uma vez que esse tipo de estudo tem o papel essencial de subsidiar o planejamento, a implementação e a avaliação das políticas e ações do Sistema Único de Saúde (SUS) direcionadas à melhoria da qualidade do atendimento de gestantes e crianças na Atenção Primária à Saúde.

OBJETIVO

- Analisar o perfil dos nascidos vivos no contexto da assistência ao pré-natal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de base populacional, sobre os nascidos vivos no Estado de Goiás, Brasil. Retiraram-se os dados das bases de dados oriundas dos sistemas de informação do SUS, e a população em estudo compreendeu todos os nascidos vivos no ano de 2015.

Obtiveram-se as informações sobre os nascidos vivos no banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) disponibilizado pelo DATASUS no endereço eletrônico <http://www.datasus.gov.br>. Organizaram-se os dados em planilhas do

programa *Microsoft® Excel* para a posterior análise.

Incluíram-se, no estudo, dados sobre a idade, a escolaridade e o estado civil da mãe, o local de ocorrência do nascimento, o peso ao nascer, o teste de Apgar ao 1º e 5º minutos, a presença de anomalias, o sexo, a raça/cor, o tipo de parto, o tipo de gravidez, o número de consultas realizadas no pré-natal e a duração da gestação.

Efetuuou-se a análise descritiva dos dados e os resultados foram apresentados em tabelas e figuras, conforme as variáveis da caracterização dos nascidos vivos.

Realizou-se este estudo a partir de uma base de dados de fonte secundária, disponíveis para pesquisa pública, não sendo, portanto, submetido a nenhum Comitê de

Ética. Ressalta-se que o estudo teve como fundamentos as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas na Resolução nº 466/2012 CNS, atendendo aos fundamentos éticos e científicos exigidos.

RESULTADOS

Registraram-se, no ano de 2015, 100.672 nascidos vivos em Goiás, e apresentam-se as características nas tabelas 1 e 2, respectivamente.

Tabela 1. Caracterização dos nascidos vivos. Goiânia (GO), Brasil, 2015.

Variáveis	n	%
Idade da mãe		
10 a 14 anos	774	0,8
15 a 19 anos	17.007	16,9
20 a 24 anos	26.443	26,3
25 a 29 anos	26.248	26,1
30 a 34 anos	19.276	19,1
35 a 39 anos	8.906	8,8
40 a 44 anos	1.887	1,9
45 a 49 anos	102	0,1
50 a 54 anos	12	0,0
Idade ignorada	17	0,0
Local de nascimento		
Hospital	100.271	99,6
Outro estabelecimento de saúde	140	0,1
Domicílio	159	0,2
Outro	102	0,1
Duração da gestação		
Menos de 22 semanas	35	0,0
De 22 a 27 semanas	378	0,4
De 28 a 31 semanas	888	0,9
De 32 a 36 semanas	9.006	8,9
De 37 a 41 semanas	85.371	84,8
42 semanas ou mais	2.886	2,9
Ignorado	2.108	2,1
Total	100.672	100,0

Tabela 2. Caracterização dos nascimentos. Goiânia (GO), Brasil, 2015.

Variáveis	n	%
Tipo de gravidez		
Única	98.424	97,8
Dupla	1.929	1,9
Tripla ou acima	81	0,1
Ignorado	238	0,2
Tipo de parto		
Vaginal	34.304	34,1
Cesáreo	66.101	65,6
Ignorado	267	0,3
Sexo		
Masculino	51.515	51,2
Feminino	49.103	48,7
Ignorado	54	0,1
Raça/cor de pele		
Branca	24.990	24,8
Preta	2.926	2,9
Amarela	637	0,6
Parda	58.614	58,2
Indígena	64	0,1
Ignorada	13.441	13,4
Peso ao nascer		
Menos de 500g	114	0,1
500 a 999g	468	0,5
1000 a 1499 g	631	0,6
1500 a 2499 g	7.120	7,1
2500 a 2999 g	24.811	24,6
3000 a 3999 g	63.382	63,0
4000g ou mais	4.144	4,1
Ignorado	2	0,0
Total	100.672	100,0

Constata-se, na figura 1, o número de consultas pré-natal.

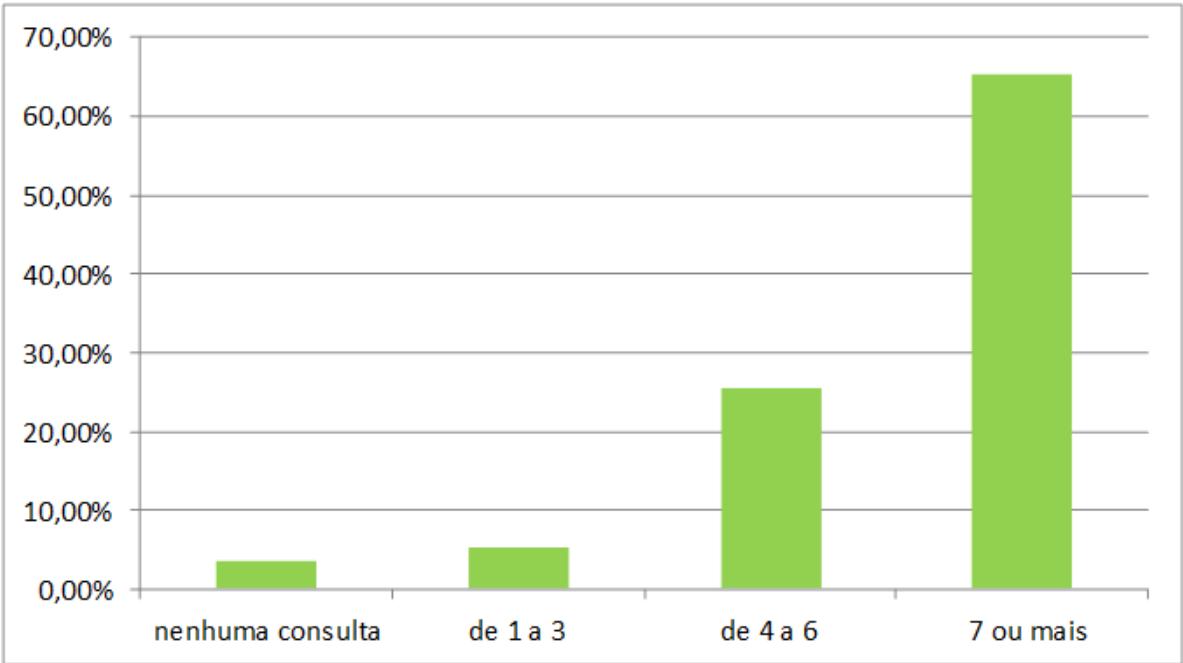


Figura 1. Número de consultas pré-natal realizadas por mães de nascidos vivos. Goiânia (GO), Brasil, 2015.

Registrou-se, na figura 2, a escolaridade das mães.

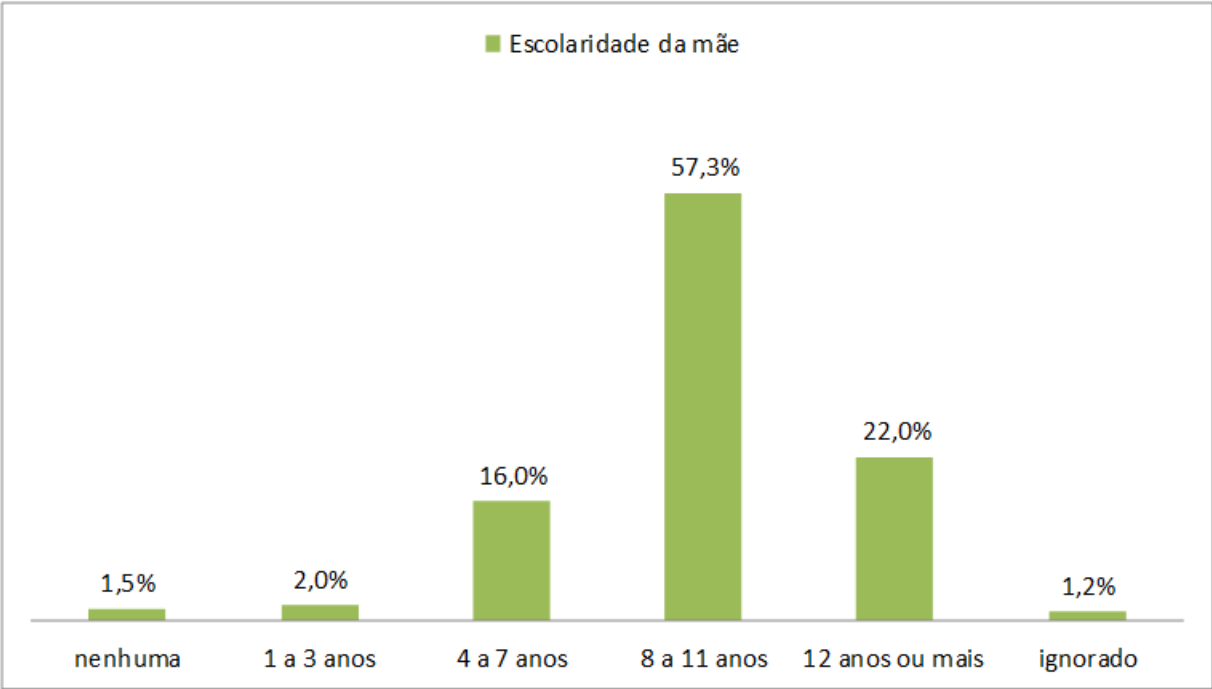


Figura 2. Escolaridade materna. Goiânia (GO), Brasil, 2015.

Apresenta-se, na figura 3, o estado civil das mães. Goiânia (GO), Brasil, 2015.

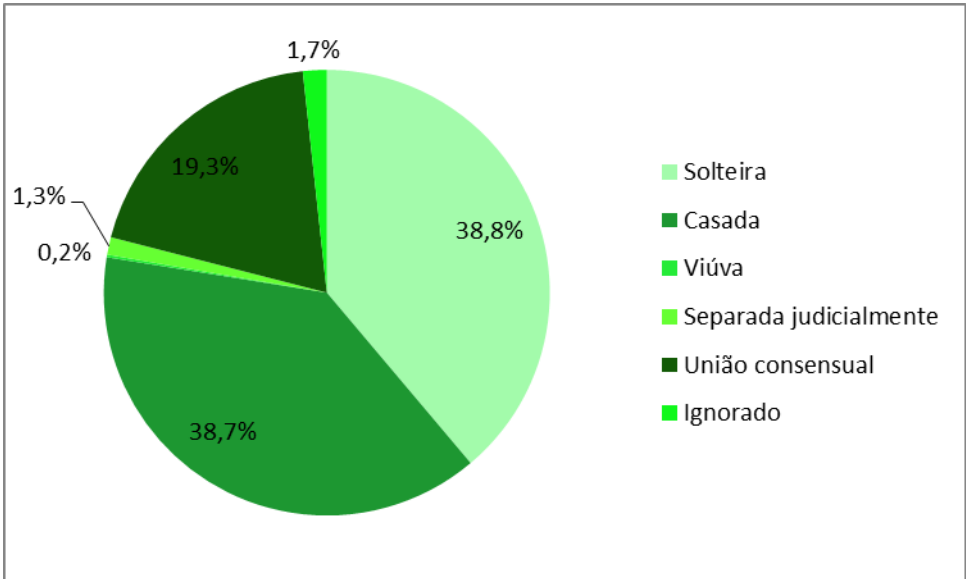


Figura 3. Estado civil das mães de nascidos vivos. Goiânia (GO), Brasil, 2015.

DISCUSSÃO

Percebeu-se, no período estudado, a caracterização dos nascidos vivos, bem como das consultas de pré-natal realizadas, do estado civil e escolaridade das mães, entre outras variáveis. Revelou-se a análise dos dados otimista, estável e capaz de atender aos objetivos propostos na Atenção Primária à Saúde, sendo capaz de subsidiar o planejamento da assistência materno-infantil.

Considera-se como extremamente importante que se garanta à gestante a realização do atendimento pré-natal, tanto quantitativamente, quanto qualitativamente, com cada vez mais assistência, investindo em educação continuada para as equipes de assistência básica, instituindo e implementando medidas que realmente funcionem e sejam acessíveis à população.⁶ Entende-se que a saúde vai muito além de um

atendimento, integrando o resultado de várias ações conjuntas, como as condições de trabalho, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, a educação e o meio ambiente. Aponta-se que a Atenção Primária à Saúde deve englobar os processos socioeconômicos e culturais para que se consiga atingir, de forma unificada, a todos.⁷

Idealizou-se a ESF com o propósito de excluir a assistência somente sob a visão médica, ampliando um projeto em que toda uma equipe multidisciplinar é incluída, com enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros. Reconhece-se que a humanização da realização do trabalho em equipe, nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, é o foco principal da ESF.⁸

Deve-se compreender a assistência à saúde da mulher de forma muito mais ampla, para que os seus direitos sejam respeitados em

Almeida e Silva J de, Camargo GT, Amorim AMM.

Nascidos vivos em 2015: um reflexo da atenção...

qualquer âmbito, destacando, principalmente, a segurança, a previdência social e a educação.⁹

Criou-se a Rede Cegonha com o intuito de que os direitos da mulher fossem assegurados, tendo como prioridade um pré-natal de qualidade e humanizado, com atenção à saúde da criança desde o seu nascimento até os 24 meses de vida, além de um acompanhamento específico direcionado para um planejamento familiar adequado.¹⁰

Verificou-se, correlacionando os dados de Goiás ao perfil epidemiológico das puérperas e dos recém-nascidos atendidos na maternidade de um hospital de referência do interior do Rio Grande do Sul, que a idade mais frequente no período de gestação se encontra entre 21 e 35 anos e 99,6% dos bebês nascem em hospitais após gestações que duram de 37 a 41 semanas (75,16%). Observou-se, ainda, que 48,1% dos nascidos vivos eram de primigestas e nasceram por parto cesáreo (59,24%). Registrou-se que nasceram mais meninas, com uma porcentagem de 51,9% e 60,9% dos nascidos vivos, que pesavam entre três e quatro quilos. Notou-se, quanto ao estado civil das mães, que 65,9% se declararam casadas.¹¹ Ressalta-se que outro autor, que também analisou dados do Rio Grande do Sul em anos anteriores, obteve resultados semelhantes aos encontrados em Goiás e descobriu uma relação direta e estatisticamente positiva entre a baixa escolaridade materna e a frequência de prematuridade.¹²

Acrescenta-se, correlacionando os dados de Goiás ao perfil epidemiológico das parturientes de um hospital público, situado na cidade de Picos, no Piauí, que a idade média das gestantes era entre 20 a 35 anos. Verifica-se que 99,6% dos bebês nasceram em hospitais após gestações que duram de 37 a 41 semanas (95,1%). Percebeu-se, ainda, a prevalência do parto cesáreo (61,9%). Enfatiza-se que mais de 70,6% das mulheres realizaram, no mínimo, seis consultas pré-natais, 48% tinham o Ensino Fundamental I concluído e, quanto ao estado civil, 34,4% eram casadas e 39,9% estavam em união estável.¹³

Encontraram-se, em um estudo transversal realizado em 2012, em duas maternidades públicas de São Paulo, dados semelhantes aos levantados neste estudo, como a faixa etária predominante entre 21 e 25 anos (35,1%), o acompanhamento de consultas pré-natal, em que 68,6% das mulheres fizeram mais de seis consultas, e uma taxa de 93,6% dos partos que ocorreram entre as 37 e 41 semanas. Ressalta-se, no entanto, que o estudo revelou uma taxa

maior de partos vaginais, de 58,3%, o que diverge do encontrado neste estudo, em que a maior frequência foi a do parto cesáreo.¹⁴

Realizou-se outro estudo que também obteve resultados semelhantes a este, em Santa Catarina, com dados coletados durante quatro anos. Apontou-se que a faixa etária predominante das gestantes era de 20 a 34 anos (68,13%) e que, quanto ao estado civil, 56,83% eram solteiras. Revelou-se que o grau de escolaridade mais frequente foi de oito anos de estudo (69%) e predominou a assistência ao pré-natal com sete ou mais consultas (81,8%), bem como o sexo masculino nos bebês, com 51,9%; no entanto, como no estudo anterior, houve uma predominância dos partos vaginais, com 53,64%, o que diverge desta pesquisa.¹⁵

Ressalta-se, relacionando o trabalho aos dados de todo o Brasil, que todos os programas do governo que englobam a saúde da mulher e da criança possuem objetivos únicos: diminuir as taxas de morbimortalidade materna e infantil. Nota-se que, com o passar dos anos, ocorreu uma redução dessa morbimortalidade, mas ainda há muito a se melhorar no sentido de unificar o atendimento. Sugere-se que as estratégias da saúde precisam deixar de ser vistas de forma política, para se tornarem humanizadas e voltadas à população, a fim de que os programas sociais se tornem, de fato, eficientes.¹⁶

Pontua-se que a saúde da mulher e o cuidado com os nascidos vivos dos outros países, quando comparados ao Brasil, vão muito além dos programas implantados. Fazem-se necessários o direcionamento de verbas e o estabelecimento de metas para que as propostas sejam verdadeiramente realizadas, com ênfase na população. Constata-se que existem poucos lugares no mundo onde há redes de saúde únicas, públicas e gratuitas, e que a maioria é feita por meio de iniciativas privadas, como os planos de saúde brasileiros. Deve-se levar em consideração o fato de muitos serem países de primeiro mundo e terem capital de giro exclusivo para ações de humanização e saúde.¹⁷

Reforça-se que este estudo se baseia em dados epidemiológicos dentro do Estado de Goiás, comparando-se, também, a outros Estados do Brasil, para obter uma visão ampla do tema pesquisado.

CONCLUSÃO

Buscou-se, com este estudo, traçar o perfil epidemiológico dos nascidos vivos em Goiás e

o reflexo da qualidade do atendimento na Atenção Primária à Saúde. Avalia-se que os dados epidemiológicos levantados nesta pesquisa poderão contribuir para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relativas à atenção materno-infantil. Pode-se perceber que os dados encontrados foram muito próximos aos encontrados em outros estudos realizados no Brasil. Defende-se que muitas políticas ainda devem ser adequadas à realidade atual e que a informação deve ser qualificada e apresentada às futuras mães, para que as escolhas feitas por elas sejam realmente fundamentadas. Observa-se que a adesão às consultas pré-natal está crescendo, mas ainda pode melhorar no sentido de atingir 100% das gestantes. Salientam-se as cesarianas como um dado ainda preocupante e que tem aumentado com o passar dos anos, sendo a escolha da grande maioria das gestantes.

Conclui-se que a assistência pré-natal no Brasil tem o propósito de atingir a todas as classes e lugares, mas ainda se evidenciam as desigualdades entre as regiões do país, além de se identificar um grave problema social relativo a verbas mal-empregadas. Aponta-se que as estratégias para facilitar o processo estão em constante implementação pelo SUS, tendo como premissa que o atendimento pré-natal é essencial no controle da morbimortalidade dos nascidos vivos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [cited 2018 June 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
2. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequacy process of prenatal care according to the criteria of Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program and Stork Network. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(2): 56-64. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000200003>.
3. Cassiano ACM, Carlucci EMS, Gomes CF, Bennemann RM. Maternal and child health service in Brazil: the evolution of health care and the public policies of the Ministry of Health. *Rev Serviço Público*. 2014 Apr/June; 65(2):227-244. Doi: <https://doi.org/10.21874/rsp.v65i2.581>

4. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Adequacy of prenatal care in the National Health System in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2012 Mar; 28(3):425-37. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>
5. Santos EKA, Brüggemann OM, Oliveira ME, Gregório VRP, Lessmann JC, Souza JM. Women's and newborns' health: knowledge production in nursing graduating. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 Apr/June; 13(2):313-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200011>
6. Dias GAR, Lopes MMB. Education and health in the daily practice of primary care nurses. *Rev Enferm UFSM*. 2013 Sept/Dec; 3(3):449-60. Doi: <http://dx.doi.org/10.5902/217976927846>
7. Rios CTF, Vieira NFC. Educational action in prenatal care: a reflection on nursing consultation as an opportunity for health education. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 Mar/Apr;12(2): 477-86. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200024>
8. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33 (Suppl 1): e00078816. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078816>
9. Frigo J, Ferreira DG, Ascari RA, Marin SM, Adamy KE, Busnello G. Nursing assistance and the woman's perspective in labor and birth. *Cogitare Enferm*. 2013 Oct/Dec; 18(4):761-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i4.34934>
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2018 June 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
11. Renner FW, Garcia EL, Renner JDP, Costa BP, Figueira FP, Ebert JP, et al. Epidemiological profile of mothers and newborns seen at the maternity ward of a referral hospital in the interior of Rio Grande do Sul in the first half of 2014. *Bol Cient Pediatr* [Internet]. 2015 [cited 2018 June 16]; 04(2):27-32. Available from: http://www.sprs.com.br/sprs2013/banc_oimg/160107101642bcped_v4_n2_a2.pdf
12. Mattei F, Carreno I. Factors associated to maternal and child's health in Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*.

2017 July/Sept; 17(3):527-37. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000300007>

13. Barbosa EM, Oliveira ASS, Galiza DJF, Barros VL de, Aguiar VF, Marques MB. Socio-demographic and obstetric profile of pregnant women in a public hospital. Rev RENE. 2017 Mar/Apr;18(2):227-33. Doi: [10.15253/2175-6783.2017000200012](https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000200012)

14. Santos JO, Pacheco TS, Oliveira PS, Pinto VL, Gabrielloni MC, Barbieri M. The obstetrical and newborn profile of postpartum women in maternities in São Paulo. J Res fundam care online. 2015 Jan/Mar; 7(1):1936-45. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1936-1945>

15. Stephan EPT, Grillo LP, Próspero ENS, Rangel RCT. Spatial analysis of births in a small city: a descriptive study. Online Braz J Nurs [Internet]. 2015 Mar [cited 2018 June 16]; 14(1):71-84. Available from: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4992>

16. Guerra HS, Hirayama AB, Silva AKC da, Oliveira BJS, Oliveira JFJ. Analysis of the 'rede cegonha' activities in brazil. Iniciação Científica Cesumar. 2016 Jan/June;18(1):73-80. Doi: <http://dx.doi.org/10.17765/1518-1243.2016v18n1p73-80>

17. Figueiredo PP, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Pimpão FD. Infant mortality and prenatal care: contributions of the clinic in the light of Canguilhem and Foucault. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012 Jan/Feb; 20(1):201-10. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100026>

Submissão: 29/06/2018

Aceito: 21/01/2019

Publicado: 01/03/2019

Correspondência

Gabriela Camargo Tobias
Universidade Federal de Goiás
Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública
Rua 235 - s/n - Setor Universitário
CEP: 74605-450 – Goiânia (GO), Brasil